

Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie

Merle Kuhlencord, Inga Bethan und York Hagmayer

Zusammenfassung: Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie

Zu Beginn einer Verhaltenstherapie legen Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten Therapieziele fest. Der vorliegende Artikel liefert eine Übersicht darüber, welche Funktionen Therapieziele haben, wie diese formuliert werden sollten und welche Arten von Zielen in der Praxis bei verschiedenen Diagnosen formuliert werden. Die potentielle Relevanz von Therapiezielen für den Therapieerfolg wird dargestellt. Darüber hinaus wird eine Studie präsentiert, in der die Therapieziele von 113 ambulanten Patientinnen und Patienten untersucht wurden. Die Ziele wurden erstmals sowohl inhaltlich anhand der Taxonomie für Therapiezielinhalte des Berner Inventars für Therapieziele als auch nach ihrem Fokus (Annäherung versus Vermeidung) klassifiziert. Ziele von Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung wurden mit denen von Patientinnen und Patienten ohne Angststörung verglichen. Unabhängig von der Diagnose bezogen sich die meisten Therapieziele auf Probleme und Symptome, während andere Bereiche wie Selbstentwicklung, Wohlbefinden und Orientierung häufig nicht berücksichtigt wurden. Insgesamt wurden mehr Annäherungs- als Vermeidungsziele formuliert. Es zeigte sich, dass symptombezogene Ziele häufig als Vermeidungsziele definiert wurden, während es sich bei anderen Zielen fast ausschließlich um Annäherungsziele handelte. Im Gegensatz zu früheren Studien zeigten sich keine Unterschiede bei verschiedenen Störungsbildern. Diese und frühere Befunde implizieren, dass in der Praxis nicht problem- und symptombezogenen Zielen mehr Beachtung geschenkt werden sollte und die Ziele im Hinblick auf die Annäherung an einen positiven Endzustand formuliert werden sollten.

Schlüsselwörter: Therapieziele, Annäherungs- und Vermeidungsziele, Angststörung

Abstract: Treatment goals of patients diagnosed with an anxiety disorder in outpatient cognitive behavior therapy

At the beginning of a cognitive behavioral treatment, therapists and patients usually define mutually agreed treatment goals. The present article provides a summary of the functions of therapy goals, outlines how they should be framed, and describes which categories of goals are commonly found for different types of disorders. The potential relevance of therapy goals for a positive treatment outcome is discussed. An empirical study is presented, in which therapy goals of 113 patients in outpatient psychotherapy were analyzed. Goals were categorized based on the taxonomy of treatment goal themes of the Bern Inventory of Treatment Goals and – for the first time – also with respect to their outcome focus (approach versus avoidance). Goals of patients with and without an anxiety disorder were compared. Irrespective of diagnosis, most goals referred to problems and symptoms, while other domains like personal growth, well-being and existential issues were often not considered. Approach-focused goals were more frequent than avoidance-focused goals. It also turned out that symptom-related goals were frequently framed as avoidance goals, while other goals usually had an approach focus. Counter to previous findings, no differences in goals among patients with different diagnoses were found. These and prior findings imply that non-symptom related goals should be considered more often in clinical practice and that goals should be framed in terms of approaching a positive end-state.

Keywords: Treatment goals, approach- and avoidance goals, anxiety disorders

Einleitung

Personen, die sich für eine Psychotherapie anmelden, wollen in der Regel etwas in ihrem Leben verändern. Die Frage „Was möchten Sie in der Therapie erreichen?“ steht daher meist am Beginn einer Therapie. Die Ziele sind dabei so unterschiedlich und facettenreich wie die Patientinnen und Patienten selbst. Die Bandbreite reicht von konkreten symptombezogenen Zielen wie „Ich möchte wieder ohne Angst unter Leute gehen können“ bis hin zu globalen Zielen der Art „Ich möchte wieder Freude am Leben haben können“. Diese Ziele des Patienten/der Patientin bilden die Grundlage für die Festlegung von Therapiezielen für die Behandlung. Therapieziele lassen sich allgemein definieren als „gerichtete Veränderungen des Verhaltens und Erlebens, die ein Patient zu Beginn einer Psychotherapie mit dem Therapeuten vereinbart und mit Hilfe der Therapie zu erreichen versucht“ (Grosse Holtforth, 2001, S. 4).

Der vorliegende Artikel widmet sich sowohl theoretischen als auch praktischen Fragen zu Zielen in der Psychotherapie. Zunächst wird aus einer theoretischen Perspektive heraus betrachtet, welchen Zwecken Ziele in der Therapie dienen können. Anschließend wenden wir uns der Frage zu, worauf Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten bei der Formulierung von Therapiezielen achten sollten. Darauf folgt ein Einblick in die bisherige Forschung zu Therapiezielen, bevor eine aktuelle Studie zu Therapiezielen vorgestellt wird.

Welche Funktionen erfüllen Therapieziele?

Die Formulierung von Therapiezielen stellt aus verschiedenen Gründen einen wichtigen Bestandteil der Therapie dar. Zu Beginn sollen sie den Patientinnen und Patienten helfen, die erforderliche Therapiemotivation aufzubauen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Im Gegensatz zur Negativmotivation durch den vorherrschenden Leidensdruck soll durch die Zielklärung eine positiv orientierte „Zug“-Motivation erzeugt werden (Kanfer et al., 2012). Außerdem helfe die Formulierung von Therapiezielen, Fokus und Orientierung innerhalb der Behandlung herzustellen (Sack, Schmid-Ott, Lempa & Lamprecht, 1999). Durch die Fokussierung des Patienten/der Patientin auf die eigenen Ziele soll die Aufmerksamkeit auf Verhaltensweisen, Gefühle, Kognitionen, Ereignisse und Situationen gelenkt werden, die für die angestrebten Veränderungen relevant sind (Kanfer et al., 2012). Die Konzentration auf wichtige Ziele ist auch für den Therapeuten/die Therapeutin hilfreich und kann ihn/sie bei der Therapieplanung unterstützen (Watzke, Schulz & Dirmaier, 2014). Die persönlich relevanten Ziele eines Patienten/einer Patientin können dem Therapeuten/der Therapeutin zudem Anhaltspunkte für die Methodenauswahl geben, was wiederum die Motivation des Patienten/der Patientin zur aktiven Mitarbeit fördert (Kanfer et al, 2012).

Darüber hinaus können die Festlegung von Therapiezielen und die Messung der Zielerreichung ein Mittel der Qualitätssicherung darstellen und auch für die Evaluation von Therapieerfolg herangezogen werden (Sack, Schmid-Ott, Lempa & Lamprecht, 1999; Watzke et al., 2014). Eine Methode der individualisierten Messung der Zielerreichung stellt das *Goal Attainment Scaling* (Kiresuk & Sherman, 1968) dar. Eine zielorientierte Ergebnisevaluation bietet dabei den Vorteil, dass sie sich auf einzelne Patientinnen und Patienten und nicht auf globale Erfolgsmaße bezieht (Watzke et al., 2014).

Wie sollten Therapieziele gesetzt werden?

Therapieziele werden in der Regel von Patientinnen und Patienten zusammen mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten festgelegt. Dabei werden individuelle Ziele des Patienten/der Patientin in gemeinsame Therapieziele von Patient/in und Therapeut/in umgeformt (Grosse Holtforth, 2001). Dieses Aushandeln stellt einen wichtigen Prozess dar, da Patientinnen und Patienten zunächst oftmals eher vage und globale Zielvorstellungen wie „im Alltag zufriedener sein“, „Stressbewältigung“ oder „Ängste abbauen“ haben (Berking, Grosse Holtforth, Jacobi & Kröner-Herwig, 2005; Kanfer et al., 2012). Im gemeinsamen Zielfindungsprozess ist es die Aufgabe des Therapeuten/der Therapeutin, zu überprüfen, ob die vom Patienten/von der Patientin vorgeschlagenen Ziele tatsächlich die Kriterien von *Therapiezielen* erfüllen (Berking et al., 2005).

In der Literatur finden sich relativ genaue Beschreibungen dazu, wie Therapieziele idealerweise formuliert werden sollten (siehe auch Brakemeier & Jacobi, 2017; Kanfer et al., 2012; Michalak, Grosse Holtforth & Veith, 2005). Sie sollten unter anderem positiv, persönlich relevant, so spezifisch wie möglich und in der Sprache des Patienten/der Patientin formuliert sein (Brakemeier & Jacobi, 2017). Michalak, Grosse Holtforth und Veith (2005) fordern, dass die Zielformulierung situations- und verhaltensspezifisch sein sollte. Außerdem sollten anstelle von Eigenschaftsbegriffen („selbstsicherer werden“) Beobachtungsbegriffe verwendet werden („Ich möchte eine aufrechte Körperhaltung einnehmen und mit lauter Stimme sprechen“). Dadurch werde die Zielerreichung beobachtbar, was eine notwendige Bedingung für die Messung der Zielerreichung im Rahmen des *Goal Attainment Scaling* (GAS) darstelle (Michalak et al., 2005). Darüber hinaus sollten die Ziele positiv in Form von Annäherungszielen und nicht negativ als Vermeidungsziele formuliert werden (Kanfer et al., 2012; Michalak et al., 2005).

Welche Arten von Therapiezielen spielen in der Praxis eine Rolle?

Therapieziele lassen sich anhand verschiedener Kriterien klassifizieren. Vor allem eine Klassifizierung der Zielinhalte scheint sinnvoll zu sein, da man dadurch die für Patientinnen und

Patienten relevanten Veränderungsbereiche bestimmen kann (Kazdin, 2001). Zur Kategorisierung der Therapiezielinhalte hat sich die *Taxonomie für Therapiezielinhalte des Berner Inventar für Therapieziele* (BIT-T; Grosse Holtforth, 2001; Grosse Holtforth & Grawe, 2002) bewährt. Das *Berner Inventar für Therapieziele* (BIT) besteht aus zwei Teilen: der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T) und der Therapiezielcheckliste (BIT-C), welche auf dem Kategoriensystem der BIT-T aufgebaut ist. Die BIT-T stellt ein empirisch entwickeltes Klassifikationssystem dar. Die Entwicklung der BIT-T basiert auf 1.031 Therapiezielen, welche in der Universitätsklinik Bern von insgesamt 300 Patientinnen und Patienten gemeinsam mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten festgelegt wurden. Diese frei formulierten Therapieziele wurden von 22 praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in selbst definierte Kategorien eingeordnet, welche im Anschluss clusteranalytisch zusammengefasst wurden. Auf dieser Grundlage wurde eine erste Version eines gemeinsamen Kategoriensystems (BIT-T Version 1.0) erstellt (Grosse Holtforth, 2001). Anschließend wurde dieses System empirisch überprüft und anhand von Therapiezielen zusätzlicher ambulanter und stationärer Patientinnen und Patienten weiterentwickelt (Grosse Holtforth & Grawe, 2002), was schließlich zur Erstellung der aktuellen Version der BIT-T (Version 4.0) führte.

Die BIT-T ist hierarchisch gegliedert. Auf der höchsten Abstraktionsebene werden fünf Hauptkategorien und eine Restkategorie voneinander unterschieden: (1) Problem- und Symptombewältigung, (2) Interpersonale Ziele, (3) Wohlbefinden/better functioning, (4) Orientierung und (5) Selbstentwicklung. Unter Problem- und Symptombewältigung fallen – wie der Titel bereits sagt – alle Ziele, die Bezug auf akute Probleme oder Symptome des Patienten/der Patientin nehmen (z. B. „Ich möchte ohne Angst durch die Fußgängerzone gehen“). Zu interpersonalen Zielen gehören Ziele, die sich auf den zwischenmenschlichen Kontakt im Allgemeinen und konkrete Beziehungen im Besonderen beziehen (z. B. „Ich möchte auf fremde Menschen zugehen“). In der Zielkategorie Wohlbefinden sind neben Zielen, die sich auf das psychische Wohlbefinden beziehen, auch Ziele bezüglich Bewegung, Aktivität, Entspannung und Gelassenheit einzuordnen (z. B. „Ich möchte lernen, mich besser zu entspannen“). Die Klärung der eigenen Zukunftsperspektive und Selbstreflexion sind zentrale Themen der Zielkategorie Orientierung (z. B. „Ich will eine Perspektive für mich entwickeln und herausfinden, wie ich meine Zukunft gestalten kann“). Die Zielkategorie Selbstentwicklung umfasst unter anderem Ziele, die eine Steigerung des Selbstwertgefühls und die persönliche Selbstverwirklichung betreffen (z. B. „Ich möchte meine Ansprüche an mich selbst reduzieren“). Nachdem ein Ziel einer dieser *Hauptkategorien* zugeordnet wurde, kann dessen Inhalt dann auf zwei weiteren Ebenen feiner kategorisiert werden (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Neben dieser inhaltlichen Kategorisierung lassen sich Therapieziele auch hinsichtlich ihres Zielfokus klassifizieren. Der Fokus eines Ziels kann dabei entweder auf Annäherung oder Vermeidung liegen. Für die Unterscheidung sind die emotionalen Zustände, die mit der Zielerreichung

verbunden sind, entscheidend. Bei Annäherungszielen erwartet die Person, dass sie sich bei der Erreichung des Ziels wohlfühlen wird: stolz, bestätigt, akzeptiert, überlegen – oder welcher emotionale Zustand auch immer als erstrebenswert angenommen wird. Bei Vermeidungszielen hingegen erwartet die Person, dass ihr durch die Zielerreichung negative, unerwünschte emotionale Zustände wie Beschämung, Versagen oder Niederlagen erspart bleiben oder reduziert werden (Schulte, 2015).

Die Unterscheidung von Annäherungs- und Vermeidungszielen lässt sich auch psychopathologisch begründen. Nach der Konsistenztheorie von Grawe (1998) tragen insbesondere starke Vermeidungsziele einer Person zur Entwicklung von Psychopathologie und schlechtem Wohlbefinden bei. Verschiedene Studien stützen diese Annahme. So untersuchten Elliot und Church (2002) den Zusammenhang zwischen Vermeidungszielen und subjektivem Wohlbefinden. Es zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten, die mehr Vermeidungsziele formulierten, einen geringeren Zuwachs an subjektivem Wohlbefinden über die Therapie hinweg erzielten als Patientinnen und Patienten mit weniger Vermeidungszielen.

Welche Therapieziele werden in der Praxis formuliert?

Studien zeigen, dass sich die Therapieziele von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Diagnosen unterscheiden. So fanden Grosse Holtforth, Wyss, Schulte, Trachsel und Michalak (2009), dass Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Angststörung gemeinsam mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten überwiegend problem- und symptombezogene Ziele formulierten, während die Ziele von depressiven Patientinnen und Patienten inhaltlich heterogener waren. Außerdem wurden Unterschiede in den Zielinhalten für verschiedene Angststörungen festgestellt. Beispielweise formulierten Patientinnen und Patienten mit einer sozialen Phobie mehr Ziele in Hinblick auf Kontakt und Nähe, während Patientinnen und Patienten mit einer Zwangsstörung primär die Bewältigung der Zwangssymptome als Ziel definierten (Grosse Holtforth et al., 2009). Ähnliche Befunde fanden sich in der Studie von Berking, Grosse Holtforth, Jacobi und Kröner-Herwig (2004). Die Therapieziele von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen waren deutlich heterogener als die von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen, deren Therapieziele wiederum deutlich heterogener waren als die der Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzstörungen. Bislang noch nicht untersucht wurde jedoch der Zielfokus (Annäherung versus Vermeidung) von Therapiezielen von Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung. Ebenfalls nicht untersucht wurde, wie die inhaltlichen Zielkategorien mit dem Zielfokus zusammenhängen. Dies zu untersuchen, waren die Ziele der hier berichteten Studie.

Empirische Studie

Das erste Ziel der vorliegenden Studie war es, die Therapieziele von ambulanten Patientinnen und Patienten in kognitiver Verhaltenstherapie hinsichtlich ihres Zielfokus und ihres Inhalts zu analysieren und zu klassifizieren. Wir vermuteten, dass (1) wie in vorherigen Studien die Inhalte der Therapieziele unterschiedlich häufig sein würden, mit problem- und symptombezogenen Zielen als häufigster Zielkategorie. Entsprechend der Empfehlungen in der Literatur nahmen wir an, dass (2) insgesamt mehr Ziele mit Annäherungsfokus als mit Vermeidungsfokus formuliert werden. Über die bisherige Forschung hinausgehend vermuteten wir, dass es (3) einen Zusammenhang von Zielfokus und Zielinhalt geben würde. Gerade bei der Formulierung von problem- und symptombezogenen Zielen liegt möglicherweise ein Vermeidungsfokus nahe, während dies bei Orientierungs- und Selbstentwicklungszielen nicht der Fall zu sein scheint.

Das zweite Ziel der Studie war es, die berichteten Befunde in Bezug auf Unterschiede in den Therapiezielinhalten in Abhängigkeit von der Diagnose (siehe Berking et al., 2004) anhand einer neuen Stichprobe zu prüfen und zu ermitteln, wie sich die Ziele von Angstpatientinnen und -patienten von denen ohne eine solche Diagnose unterscheiden. Hierzu wurden die Therapieziele von Patientinnen und Patienten (a) mit einer Angststörung, (b) einer Angst- und einer komorbiden depressiven Störung, und (c) ohne die Diagnose einer Angststörung miteinander verglichen. Die Hypothesen waren, dass (4) Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung mehr problem- und symptombezogene Ziele formulieren als Patientinnen und Patienten ohne eine Angststörung. Außerdem vermuteten wir, dass sich (5) auch der Zielfokus von Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung von Patientinnen und Patienten ohne eine Angststörung unterscheidet.

Methode

Stichprobe

Untersucht wurden die Therapieziele von 113 Patientinnen und Patienten, welche von April 2017 bis März 2018 in der Ausbildungsambulanz für kognitive Verhaltenstherapie des Therapie- und Beratungszentrums der Georg-August-Universität Göttingen eine Therapie begonnen hatten. Alle Patientinnen und Patienten gaben schriftlich ihr Einverständnis zur anonymen Auswertung ihrer Daten.

Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten betrug 38,3 Jahre (SD=13,7), 63 % waren weiblich. Behandelt wurden die Patientinnen und Patienten von 25 Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung, welchen im Durchschnitt 4,5 Patientinnen und Patienten zugeordnet waren (SD=3,9).

Für die Analysen wurden die von den Therapeutinnen und Therapeuten am Ende der Probatorik nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2016) vergebenen Behandlungsdiagnosen zu Grunde gelegt. Die Diagnosen basierten auf einer standardmäßig durchgeführten Diagnostik anhand des Composite International Diagnostic Interview (World Health Organization, 1990) sowie dem klinischen Urteil der Therapeutinnen und Therapeuten unter Zuhilfenahme der Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (Hiller, Zaudig & Mombour, 2012).

Um Diagnosegruppen mit ausreichender Größe zu generieren, wurden Einzeldiagnosen zusammengefasst. Es ergab sich eine Gruppe von Patientinnen und Patienten mit „Angststörungen“ (N=57), worin Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung, (ICD10: F40.0), Soziale oder Spezifische Phobien (ICD10: F40.1, F40.2), Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung, gemischt und sonstige spezifische Angststörungen (ICD10: F41.0, F41.1, F41.2, F41.8) zusammengefasst wurden. Diese Diagnosegruppe wurde nochmals in Hinblick auf das Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung in zwei Untergruppen unterteilt. Patientinnen und Patienten, bei denen zusätzlich die Diagnose einer einzelnen depressiven Episode (ICD10: F32.0 - F32.9) oder einer gegenwärtig nicht remittierten rezidivierenden depressiven Episode (ICD10: F33.0 – F33.3) vergeben wurde, wurden der Untergruppe „Angststörung mit Depressiver Störung“, kurz „AmD“, (N=22) zugeordnet. Die Patientinnen und Patienten, welche neben einer Angststörung keine der genannten affektiven Diagnosen hatten, fielen in die Untergruppe „Angststörung ohne Depressive Störung“, kurz „AoD“, (N=35). Die restlichen Patientinnen und Patienten wurden zur Diagnosegruppe „keine Angststörung“, kurz „kA“, (N=56) zusammengefasst. Die deskriptiven Merkmale, so wie die mittlere Anzahl der Diagnosen und gesetzten Ziele in den jeweiligen Diagnosegruppen ist in Tabelle 1 dargestellt. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in Hinblick auf Alter, Geschlecht und Anzahl der Ziele (siehe Tabelle 1 für das Ergebnis der statistischen Analysen mit Chi²-Test [Geschlecht] oder Varianzanalyse). Die signifikant höhere Anzahl an Diagnosen in der Diagnosegruppe AmD ist darauf zurückzuführen, dass für die Zuordnung zu dieser Gruppe eine komorbide depressive Störung zusätzlich gegeben sein musste.

Deskriptive Stichprobenmerkmale sowie die Anzahlen an Diagnosen und Therapiezielen in den Störungsgruppen „keine Angststörung“, „Angststörung ohne affektive Störung“ und „Angststörung und Affektive Störung“.

Diagnosegruppen	N	Geschlecht	Alter Mittel (SD)	Anzahl Diagnosen Mittel (SD)	Anzahl Ziele Mittel (SD)
Keine Angststörung (kA)	56	W=66% M=34%	38,9 (14,1)	2,3 (1,43)	4,55 (1,76)
Angststörung ohne Depressive Störung (AoD)	22	W=59% M=41%	35,8 (13,4)	2,68 (1,43)	4,82 (1,99)
Angststörung mit Depressiver Störung (AmD)	35	W=60% M=40%	38,6 (13,5)	3,4 (1,06)	4,63 (1,7)
p-Wert Analyse Gruppenvergleich		$p=0,75$	$p=0,66$	$p<0,001$	$p=0,84$

Tabelle 1

Erfassung und Kodierung der Therapieziele

Bei den Therapiezielen handelt es sich um frei formulierte Ziele, welche konsensuell geklärt und dann zum Ende der Probatorik schriftlich festgehalten wurden. Es konnten maximal zehn Ziele festgelegt werden. Insgesamt wurden in den 113 Therapien 523 Therapieziele formuliert. Die mittlere Anzahl war 4,63 (SD=1,77) Ziele pro Therapie.

Für die weitere Analyse wurden die Therapieziele in Hinblick auf ihren Inhalt entsprechend der Hauptkategorien (Problem- und Symptombewältigung, Interpersonale Ziele, Wohlsein/better functioning, Orientierung und Selbstentwicklung) der Taxonomie für Therapiezielinhalte des Berner Inventars für Therapieziele (BIT-T Version 4.0) kategorisiert (Grosse Holtforth, 2001; Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Zusätzlich wurden die Therapieziele entsprechend ihrem Fokus den Kategorien „Annäherungsfokus“ und „Vermeidungsfokus“ zugeordnet. In Anlehnung an Wollburg und Braukhaus (2010) und Elliot und Sheldon (1997) wurden Annäherungsziele über das Kriterium „fokussiert auf einen positiven Endzustand/Ziel in der Zukunft und dessen

Erreichung“ definiert, was in der Regel mit einer positiven Formulierung einherging und Vermeidungsziele über die Kriterien „fokussiert auf einen als negativ erlebten Zustand und dessen Vermeidung oder Distanzierung davon“, was meist mit einer negativen Formulierung einherging. Die Kategorisierung erfolgte durch zwei in der BIT-T geschulte und in die Kriterien zur Kategorisierung des Zielfokus eingearbeitete Raterinnen. Es ergab sich eine Übereinstimmung von 87,8 % bei den BIT-T-Hauptkategorien und von 92,7 % beim Fokus. Uneinigkeiten wurden mit der Erstautorin diskutiert. Die Klassifikation für die weitere Analyse wurde einvernehmlich bestimmt.

Statistische Analysen

Basis der deskriptiven Analysen war, dass zunächst für jede Therapie die Anzahl an Zielen in den inhaltlichen Zielkategorien des BIT-T und den Fokuskategorien Annäherung versus Vermeidung berechnet wurde. Zusätzlich wurde für jede Therapie, in Relation zur jeweiligen Gesamtzahl der formulierten Ziele, der prozentuale Anteil für die verschiedenen Inhalts- und Fokuskategorien ermittelt. Die Anzahlen und die prozentualen Anteile wurden anschließend über die Therapien hinweg gemittelt.

Zur statistischen Prüfung der Hypothesen wurden Varianzanalysen mit und ohne Messwiederholung sowie t-Tests gerechnet. Als Kriteriumsvariable fungierte die Anzahl der Ziele und als Prädiktoren die in der jeweiligen Hypothese genannten Faktoren. Bei zusätzlichen explorativen Analysen wurden exakte Tests nach Fisher (Field, Miles & Field, 2012) verwendet, um mögliche Zusammenhänge dichotomer Variablen auf Signifikanz zu testen. Ein Signifikanzniveau von 5 % wurde zu Grunde gelegt.

Ergebnisse

Zielinhalte und Zielfokus unabhängig von der Diagnose

Ergebnisse zu Zielkategorien und Zielfokus unabhängig von der Diagnose des Patienten/der Patientin. Zahlen geben mittlere Anzahlen (und mittlere prozentuale Anteile) an.

Zielfokus	Hauptkategorien der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T)					
	Symp- tom- bezogen	Selbst- entwick- lung	Inter- personal	Orientie- rung	Wohl- sein	Gesamt Zielfokus
Annäherung	0,8 (16,9%)	0,7 (14,8%)	0,8 (17,5%)	0,1 (1,9%)	0,6 (13,2%)	3,1 (66,9%)
Vermeidung	1,1 (23,4%)	0,1 (2,7%)	0,1 (1,5%)	<0,1 (1,0%)	<0,1 (0,3%)	1,4 (30,5%)
Gesamt Kategorien	1,9 (41%)	0,8 (17,4%)	1,0 (20%)	0,1 (3%)	0,6 (13,5%)	
p-Werte Varianzanalyse Mittlere Anzahlen	Zielkategorien: $p < 0,001$ Zielfokus: $p < 0,001$ Interaktion (Kategorie:Fokus): $p < 0,001$					

Anmerkung. Die prozentualen Anteile der BIT-T Hauptkategorien summieren sich mit der nicht dargestellten Restkategorie zu 100%, die Anteile von Annäherung und Vermeidung zusammen mit den unklaren Fällen.

Tabelle 2

Tabelle 2 fasst die entsprechenden Ergebnisse zusammen. Über alle Therapien hinweg betrug der mittlere Anteil der problem- und symptombezogenen Ziele 41,0 %. Der mittlere Anteil für die Zielkategorie Interpersonale Ziele lag bei 20,0 %, für die Zielkategorie Selbstentwicklung bei 17,4 % und für die Zielkategorie Wohlbefinden bei 13 %. Am geringsten war mit einem prozentualen Anteil von 3,0 % die Zielkategorie Orientierungsziele besetzt. Wie in Hypothese 1 vermutet

und in vorherigen Studien bereits gefunden, waren die problem- und symptombezogenen Ziele am häufigsten. Eine Varianzanalyse mit der abhängigen Variable Anzahl Ziele, der inhaltlichen Zielkategorie (ohne Restkategorie) und dem Zielfokus als Messwiederholungsfaktoren ergab, dass sich die Besetzung der Ziel- und Fokuskategorien wie in Hypothese 1 vermutet signifikant voneinander unterschied. Für den Faktor Zielkategorie ergab sich ein signifikanter Haupteffekt, $F(4, 448) = 45,29, p < 0,001$.

In Bezug auf den Zielfokus zeigte sich, dass die meisten Ziele einen Annäherungsfokus hatten. Die Anzahl an Annäherungszielen betrug im Durchschnitt 3,1 (95%-CI: 2,8-3,4), der mittlere Anteil lag damit bei 66,9 %. Die mittlere Anzahl an Zielen mit Vermeidungsfokus betrug hingegen 1,4 (95 %-CI:1,2-1,7) der mittlere Anteil lag bei 30,5 %. Der Zielfokus ließ sich bei 2,6 % der Ziele nicht eindeutig klären. Die oben genannte Varianzanalyse ergab, dass wie in Hypothese 2 vermutet signifikant mehr Annäherungsziele definiert wurden, $F(1, 112) = 53,48, p < 0,001$.

Im letzten Schritt wurde analysiert, wie die inhaltlichen Zielkategorien und der Zielfokus der Therapieziele zusammenhängen. Wie Tabelle 2 zeigt, wurden in der Zielkategorie problem- und symptombezogene Ziele zu ungefähr gleichen Teilen Ziele mit Annäherungs- und Vermeidungsfokus vereinbart. In allen anderen Zielkategorien wurden deutlich mehr Ziele mit Annäherungsfokus festgelegt. Durch die Berücksichtigung der Interaktion von Fokus und Zielkategorie wurde mit der erwähnten Varianzanalyse statistisch getestet, ob bestimmte Kombinationen von Fokus und Zielkategorie zu höheren Zahlen an Zielen führten. Es resultierte eine signifikante Interaktion von Fokus und Zielkategorie, $F(4, 448) = 24,56, p < 0,001$, was für Hypothese 3 sprach.

Zielinhalte und Zielfokus bei Patientinnen und Patienten mit Angst- und anderen Störungen

Ergebnisse zu den Zielkategorien der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T) in Abhängigkeit von den Störungsgruppen.

BIT-T Hauptkategorien	Diagnosegruppen						p-Wert Varianzanalysen Mittlere Anzahlen
	Keine Angststörung (kA)		Angststörung ohne Depressive Störung (AoD)		Angststörung mit Depressiver Störung (AmD)		
	Mittl. Anzahl (95%-KI)	Mittl. Anteil	Mittl. Anzahl (95%-KI)	Mittl. Anteil	Mittl. Anzahl (95%-KI)	Mittl. Anteil	
Symptom-bezogen	1,8 (1,4-2,1)	39,2%	2,5 (1,6-3,4)	50,3%	1,8 (1,3-2,3)	38,2%	p=0,1
Selbstent-wicklung	0,8 (0,6-1,0)	17,3%	0,6 (0,2-1,0)	11,6%	0,9 (0,6-1,2)	21,3%	p=0,4
Inter-personal	1,0 (0,7-1,2)	20,3%	1,0 (0,4-1,6)	21,8%	0,9 (0,6-1,2)	18,4%	p=1
Orien-tierung	0,1 (<0,1-0,2)	3,4%	0,1 (<0,1-0,2)	2,4%	0,1 (<0,1-0,2)	2,6%	p=0,7
Wohlsein	0,7 (0,5-0,9)	15,5%	0,4 (0,1-0,8)	7,9%	0,7 (0,4-0,9)	13,7%	p=0,4
Rest	0,2 (0,1-0,3)	4,3%	0,2 (<0,1-0,4)	6,0%	0,3 (0,1-0,4)	5,8%	p=0,8

Tabelle 3

In Tabelle 3 sind die Verteilungen der Therapieziele gemäß der Hauptkategorien der BIT-T in den drei Diagnosegruppen dargestellt. Das Muster der Ergebnisse in den drei Diagnosegruppen war

sehr ähnlich. Separate Varianzanalysen in den einzelnen Zielkategorien mit der Anzahl der Ziele als abhängige Variable und den Diagnosegruppen als Faktor ergaben mit p -Werten zwischen $p=0,14$ und $p=0,95$ keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Dieses Ergebnis widerspricht Hypothese 4, welche Unterschiede in den Inhalten der Therapieziele zwischen den Diagnosegruppen vermutete.

Prozentualer Anteil der Therapien, bei denen in den jeweiligen Zielkategorien der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T) gar keine Ziele gesetzt wurden in Abhängigkeit von den Störungsgruppen.

Diagnosegruppen	BIT-T Hauptkategorien				
	Symp- tom- bezogen	Selbst- entwick- lung	Inter- personal	Orientie- rung	Wohl- sein
Keine Angststörung (kA)	23%	45%	43%	86%	52%
Angststörung ohne Depressive Störung (AoD)	14%	59%	50%	91%	73%
Angststörung mit Depressiver Störung (AmD)	14%	31%	37%	91%	54%
p-Wert für Gruppenvergleich kA vs. AoD & AmD ^a	$p=0,2$	$p=0,9$	$p=1$	$p=0,4$	$p=0,3$
p-Wert für Gruppenvergleich AoD vs. AmD ^a	$p=1$	$p=0,06$	$p=0,4$	$p=0,6$	$p=0,3$

Anmerkung. Die Werte der Restkategorie sind hier nicht dargestellt.

^a Es wurden exakte Tests nach Fisher gerechnet.

Tabelle 4

Die Verteilung der Therapieziele deutet darauf hin, dass gewisse inhaltliche Zielkategorien nur selten oder gar nicht vergeben wurden. Um dies genauer zu analysieren, wurde die Häufigkeit von Therapien ermittelt, in denen keine Ziele in der jeweiligen Zielkategorie vergeben wurden. Die prozentualen Anteile (d. h. die relativen Häufigkeiten) der Therapien, in denen die jeweilige Zielkategorie nicht vorkam, sind in Tabelle 4 zu sehen. Erneut sehen die Ergebnisse in den drei

Diagnosegruppen ähnlich aus. In rund 90 % der Therapien wurden keine Orientierungsziele festgelegt, in mehr als 50 % wurden keine Ziele in dem Bereich Wohlbefinden/Wohlsein gesetzt. Eher überraschend ist, dass es auch einige wenige Therapien gab, in denen keine problem- und symptombezogenen Ziele festgelegt wurden. Zur Untersuchung der Frage, ob die jeweiligen Zielkategorien in den verschiedenen Diagnosegruppen unterschiedlich häufig gar nicht besetzt waren, wurden exakte Tests nach Fisher gerechnet. Hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Diagnosegruppen.

Ein tendenzieller, aber nicht signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen deutete sich für die Zielkategorie Selbstentwicklung an: Während in der Diagnosegruppe „Angststörung ohne depressive Störung“ bei 59 % der Therapien keine entsprechenden Ziele formuliert wurden, war dies nur bei 31 % der Therapien bei einer Angststörung mit depressiver Störung der Fall. Es ergab sich ein Odds Ratio von 0,32 mit einem p -Wert von 0,06.

Ergebnisse zum Zielfokus der Therapieziele in Abhängigkeit von den Störungsgruppen.

Zielfokus	Diagnosegruppen					
	Keine Angststörung (kA)		Angststörung ohne Depressive Störung (AoD)		Angststörung mit Depressiver Störung (AmD)	
	Mittl. Anzahl (95%-KI)	Mittl. Anteil	Mittl. Anzahl (95%-KI)	Mittl. Anteil	Mittl. Anzahl (95%-KI)	Mittl. Anteil
Annäherung	3,1 (2,7-3,6)	69,0%	3,2 (2,3-4,0)	65,9%	3,0 (2,4-3,5)	64,2%
Vermeidung	1,3 (1,0-1,7)	27,9%	1,4 (0,8-2,0)	29,7%	1,6 (1,1-2,1)	35,0%
p-Wert Varianzanalyse Mittlere Anzahlen	Zielfokus: $p < 0,001$ Störungsgruppe: $p = 0,94$ Interaktion (Zielfokus:Störungsgruppe): $p = 0,68$					

Tabelle 5

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Analyse des Zielfokus in den verschiedenen Diagnosegruppen dargestellt. Es zeigte sich, dass das Verhältnis, in dem Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung Ziele mit Annäherungs- bzw. Vermeidungsfokus definierten, dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen bei Patientinnen und Patienten ohne Angststörung ähnelte. Eine Varianzanalyse für die abhängige Variable Anzahl der Ziele mit dem Zwischengruppenfaktor Diagnosegruppe und dem Messwiederholungsfaktor Zielfokus ergab nur einen signifikanten Effekt für den Faktor Zielfokus, $F(1,110) = 53,31$, $p < 0,001$. In allen Diagnosegruppen wurden mehr Annäherungs- als Vermeidungsziele festgelegt. Es zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen, $F(2,110) = 0,06$, $p = 0,94$, und keine Interaktion, $F(2,110) = 0,39$, $p = 0,68$. Dieser Befund widerspricht Hypothese 5.

Diskussion

Die erste Zielsetzung der hier berichteten Studie war es, erstmals innerhalb derselben Stichprobe sowohl die Inhalte als auch den Fokus von Therapiezielen von Patientinnen und Patienten im ambulanten verhaltenstherapeutischen Setting zu klassifizieren und analysieren. Dazu wurde der Inhalt jedes Therapieziels anhand der Taxonomie für Therapiezielinhalte des BITs (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) kategorisiert und jedes Ziel einem Annäherungsfokus und Vermeidungsfokus zugeordnet. Dabei zeigte sich erstens, dass die meisten Therapieziele Probleme und Symptome zum Inhalt hatten, und zweitens, dass mehr Annäherungs- als Vermeidungsziele formuliert wurden. Ebenso wurde ein Zusammenhang zwischen dem Inhalt und dem Fokus der Therapieziele deutlich. Während Therapieziele zu Problemen und Symptomen zu einem erheblichen Teil als Vermeidungsziele formuliert wurden, wurden andere Typen von Zielen fast ausschließlich als Annäherungsziele formuliert.

Die zweite Zielsetzung der vorliegenden Studie war, den Inhalt und Fokus der Therapieziele von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Angststörung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten ohne die Diagnose einer Angststörung zu analysieren. Dabei zeigten sich jedoch keine Unterschiede in Abhängigkeit von der Diagnose.

In Bezug auf unsere Hypothesen ergaben sich im Einzelnen folgende Befunde. Unsere erste Hypothese war, dass die inhaltlichen Zielkategorien unterschiedlich häufig sind, wobei wir erwarteten, dass die meisten Ziele problem- und symptombezogene Ziele sein würden. Diese Hypothese steht im Einklang mit den Ergebnissen der statistischen Analysen. Unabhängig von der Diagnose wurden im Schnitt am häufigsten problem- und symptombezogene Ziele festgelegt. Dies entspricht auch den Ergebnissen früherer Studien (siehe Berking et al., 2004). Die hohe Anzahl problem- und symptombezogene Ziele ist vermutlich durch den vorherrschenden Leidensdruck erklärbar. Dieser scheint die Aufmerksamkeit von Patientinnen und Patienten wie Therapeutinnen und Therapeuten auf die Bearbeitung der aktuellen Probleme und Symptome zu lenken.

Im Gegensatz hierzu wurden sehr wenige Ziele in Bezug auf Wohlbefinden und Orientierung formuliert. Dies ist überraschend, denn ein großes Repertoire an Interventionen und Techniken im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie dienen dazu, diese beiden Aspekte zu verbessern. Es seien als Beispiele nur Entspannung- und Genusstainings für Wohlbefinden und Selbstbeobachtung zur Selbstreflexion für Orientierung genannt. Daher spricht der Befund dafür, dass diese beiden wichtigen Arten von Zielen bei der Festlegung von Therapiezielen häufig vernachlässigt werden. Auch interpersonale und selbstentwicklungsbezogene Ziele fehlen in rund 40 % der Therapien, was ebenfalls bedenkenswert erscheint.

Passend zu Hypothese 2, dass die Ziele häufiger einen Annäherungsfokus als einen Vermeidungsfokus haben, fanden wir, dass in den Therapien überwiegend Ziele mit Annäherungsfokus formuliert wurden. Dies steht im Einklang mit Empfehlungen in der Literatur, dass Therapieziele als Annäherungsziele formuliert werden sollten (siehe Brakemeier & Jacobi, 2017; Kanfer et al. 2012). Dennoch zeigte sich, dass Vermeidungsziele mit rund 30 % der Ziele noch einen beträchtlichen Anteil der Ziele ausmachten. Nur in wenigen Therapien wurde ganz auf die Verwendung von Vermeidungszielen verzichtet.

Erstmals wurde in der hier beschriebenen Studie der Zusammenhang von Zielfokus und Zielinhalt untersucht. In Hypothese 3 vermuteten wir, dass es einen solchen Zusammenhang gibt. Die Ergebnisse sprachen für diese Hypothese. Bei problem- und symptombezogenen Zielen wurden in etwa gleich viele Annäherungs- und Vermeidungsziele formuliert, tendenziell sogar mehr Ziele mit Vermeidungsfokus. In allen anderen Zielkategorien dominierten demgegenüber sehr deutlich die Ziele mit Annäherungsfokus. Dies ist umso bemerkenswerter als die meisten Ziele problem- und symptombezogen waren. Hier deutet sich ein Ansatzpunkt für Verbesserungen bei der gemeinsamen Festlegung von Zielen an. Wie die vorliegenden und früheren Befunde belegen, lassen sich auch problem- und symptombezogene Ziele mit einem Annäherungsfokus formulieren. Dies scheint aber häufig zu unterbleiben.

Hinsichtlich des Vergleichs der Therapieziele von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Angststörung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten ohne diese Diagnose, zeigten die statistischen Analysen Folgendes: Bedeutsame Unterschiede in den Inhalten der Ziele zwischen Patientinnen und Patienten mit Angststörung und Patientinnen und Patienten mit anderen Diagnosen, wie sie beispielsweise von Berking et al. (2004) oder Grosse Holtforth et al. (2009) berichtet wurden, wurden in dieser Studie nicht gefunden. Dieser Befund widerspricht unserer in Hypothese 4 formulierten Erwartung. Zur Einordnung dieser Diskrepanz ist es hilfreich, sich die Methode der Studien von Berking et al. (2004) und Grosse Holtforth et al. (2009) genauer vor Augen zu führen. So gibt es Unterschiede in der Methodik, die dazu geführt haben könnten, dass Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in den zitierten Studien deutlicher wurden als in der von uns durchgeführten Studie. Hierzu zählt zum einen, dass in der von uns analysierten

Stichprobe Komorbiditäten kein Ausschlusskriterium für die Zuordnung zu den Diagnosegruppen waren, wie es bei Grosse Holtforth et al. (2009) beispielsweise der Fall war. Daher waren die Diagnosegruppen bei Grosse Holtforth et al. (2009) in Bezug auf die Diagnosen in sich homogener als in unserer Studie. Bei Berking et al. (2004) waren Komorbiditäten kein Ausschlusskriterium, aber es wurde jeweils nur ein „Hauptziel“ von insgesamt maximal fünf möglichen Zielen für die Analyse verwendet (Berking et al, 2004), was ebenfalls die Unterschiede zwischen Diagnosegruppen verstärkt haben könnte. Im Gegensatz dazu wurden in der hier berichteten Studie alle zu Beginn der Therapie festgelegten Ziele analysiert.

In Bezug auf unsere fünfte Hypothese widersprachen die Ergebnisse erneut unseren Erwartungen, denn auch hinsichtlich des Zielfokus zeigte sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Diagnosegruppen. Da dies die erste Studie ist, welche den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Angstdiagnose und dem Fokus von Therapiezielen untersucht hat, kann dieser Befund nicht weiter eingeordnet werden.

Limitationen der Studie

Eine Limitation der hier berichteten Studie ist die begrenzte Stichprobe. Obwohl mehr als 500 Ziele von über 100 Patientinnen und Patienten aus der ambulanten Psychotherapie analysiert wurden, waren die aufgrund der Diagnosen resultierenden Diagnosegruppen vom Umfang her beschränkt. Dies betraf vor allem die Gruppe der Patientinnen und Patienten, welche eine Angst- aber keine depressive Störung hatten. Dieser Umstand hat dazu beigetragen, dass möglicherweise vorhandene kleine Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in den Inhalten und im Fokus der Ziele nicht statistisch nachgewiesen werden konnten. Es ist aber zu betonen, dass die Verteilung der Ziele auf die verschiedenen inhaltlichen Zielkategorien und die Fokuskategorien in den verschiedenen Diagnosegruppen sehr ähnlich war, was gegen das Vorliegen von Unterschieden in den formulierten Zielen sprach.

Eine zweite Limitation ist, dass nur die Ziele zu Beginn der Therapie untersucht wurden. So ist es möglich, dass im Verlauf einer Therapie Ziele wegfallen, weil diese rasch erreicht werden oder sich als weniger wichtig herausstellen. Ebenso ist es möglich, dass neue Ziele hinzukommen. Diese möglichen Veränderungen zu untersuchen, wäre mit Sicherheit interessant, ginge aber über die Studie hinaus, die sich auf die gemeinsam zum Ende der Probatorik definierten Therapieziele konzentrierte.

Auch nicht untersucht wurde in dieser Arbeit, ob und wie Inhalte und Fokus von Therapiezielen mit dem Behandlungsergebnis zusammenhängen. Grund hierfür war, dass die Therapien der Patientinnen und Patienten, deren Ziele analysiert wurden, noch nicht abgeschlossen waren. Dennoch ist es natürlich eine wichtige Frage, sowohl für die Forschung als auch für die Praxis,

ob die festgelegten Therapieziele, ihre Inhalte und ihr Fokus, mit dem Erfolg einer Therapie in Zusammenhang stehen. Verschiedene Studien weisen auf einen solchen Zusammenhang hin. So waren in anderen Studien Annäherungsziele im Vergleich zu Vermeidungszielen mit einer höheren Symptomreduktion assoziiert (Wollburg & Braukhaus, 2010). Auch standen Annäherungsziele mit einem größeren Zuwachs im subjektiv erlebten Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten in Zusammenhang (Elliot & Church, 2002). Betreffend den Inhalt von Therapiezielen wurde gezeigt, dass das Ausmaß der Zielerreichung sich zwischen verschiedenen inhaltlichen Zielkategorien unterschied (Berkling et al., 2005), und, dass der Therapieerfolg unterschiedlich stark mit den verschiedenen Zielkategorien der Therapieziele assoziiert war (Schöttke, Sembill, Eversmann, Waldorf & Lange, 2011). Diese Befunde sprechen dafür, dass verschiedene Ziele unterschiedlich leicht zu erreichen sind.

In zukünftiger Forschung sollte der Zusammenhang zwischen Inhalt und Fokus von Therapiezielen und dem Therapieergebnis noch weiter untersucht werden. Hierzu sollten innerhalb einer Stichprobe von Therapien die Zielinhalte, der Zielfokus sowie auch die Kombinationen von Inhalt und Fokus zur Vorhersage des Therapieergebnisses verwendet werden. Besonders aufschlussreich wäre es dabei außerdem, den Therapieerfolg über mehrere Maße zu operationalisieren. Neben der eingeschätzten Zielerreichung wären hier beispielsweise auch die Symptomreduktion, die Lebenszufriedenheit, die klinisch signifikante Verbesserung oder die Behandlungsdauer zu nennen. Auf diese Weise ließen sich differenziertere Rückschlüsse darüber ziehen, welche Arten von Therapiezielen möglicherweise im Zusammenhang mit Therapieerfolg stehen.

Was bedeuten die vorliegenden Erkenntnisse aus den verschiedenen Studien zu Therapiezielen für die Praxis?

Die hier vorgestellten und diskutierten Befunde belegen eine große Vielfalt unterschiedlicher Ziele bei verschiedenen Patientinnen und Patienten. Diese spiegeln die unterschiedlichen Probleme und individuellen Ziele wider, mit denen Patientinnen und Patienten eine Therapie beginnen. Trotzdem lassen sich Gemeinsamkeiten im Hinblick auf die Inhalte und die Fokussierung der Ziele ausmachen. Nicht nur in der hier berichteten Studie scheinen Ziele in Bezug auf die Orientierung und das Wohlbefinden eher selten explizit in die Therapieziele aufgenommen zu werden. Auch interpersonale Ziele werden in einem erheblichen Teil der Therapien nicht definiert. Nicht zuletzt werden entgegen den Empfehlungen in der Literatur zu einem erheblichen Teil Ziele mit einem Vermeidungs- anstelle eines Annäherungsfokus formuliert. Dies erscheint deswegen besonders wichtig, weil Annäherungsziele mit einem positiveren Ausgang der Therapie in Zusammenhang stehen.

Für die Praxis ergeben sich hieraus zwei konkrete Empfehlungen. Erstens sollte der Erarbeitung von Therapiezielen genügend Raum im Therapieprozess gegeben werden und interpersonale, selbstentwicklungsbezogene, auf das Wohlbefinden bezogene und Orientierungsziele bedacht werden. Das heißt nicht, dass die letztgenannten Arten von Zielen in allen Fällen als Therapieziele definiert werden sollten, sie sollten aber zumindest in Betracht gezogen werden. Zweitens erscheint es empfehlenswert, auf die Verwendung eines Annäherungsfokus bei der Formulierung der Therapieziele zu achten. Auch wenn wir noch keine experimentellen Belege für die Wirkung der Formulierung haben, so sprechen sowohl theoretische Überlegungen zur höheren motivierenden Wirkung von Annäherungszielen als auch die in anderen Arbeiten gefundenen positiven Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg dafür.

Literatur

- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004). Sage mir Deine Diagnose, und ich sage Dir, was Du willst: Inwieweit sind Therapiezielinhalte störungsspezifisch? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 52(3), 223-236.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: Are some goals easier to attain than others? *Psychotherapy Research*, 15(3), 316-324.
- Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (6. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Elliot, A. J. & Church, M. A. (2002). Client-Articulated Avoidance Goals in the Therapy Context. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 243-254.
- Elliot, A. J. & Sheldon, K. M. (1997). Avoidance achievement motivation: A personal goals analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 171-185.
- Field, A., Miles, J. & Field, Z. (2012). *Discovering Statistics using R*. London: Sage Publications
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33(2), 241-258.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern inventory of treatment goals: Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research*, 12(1), 79-99.

- Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M. & Michalak, J. (2009). Some like it specific: The difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy*, 82(3), 279-290.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (2012). *Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV* (Nachdruck der 2. Auflage, 2004). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 143-151.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M. & Veith, A. (2005). Wo soll's denn nun eigentlich hingehen? Die Zielperspektive in der Psychotherapie. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.). *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 49-80). Göttingen: Hogrefe.
- Sack, M., Schmid-Ott, G., Lempa, W. & Lamprecht, F. (1999). Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele. Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45(2), 113-127.
- Schöttke, H., Sembill, A., Eversmann, J., Waldorf, M. & Lange, J. (2011). Therapieziele in der ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie – notwendig oder irrelevant? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 257-266.
- Schulte, D. (2015). *Therapiemotivation. Widerstände analysieren, Therapieziele klären, Motivation fördern*. Göttingen: Hogrefe.
- Watzke, B., Schulz, H. & Dirmaier, J. (2014). Zielorientierte Veränderungsmessungen als Möglichkeit einer individualisierten Ergebnisevaluation in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62(2), 113-121.
- World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI Interview (version 1.0), b) CIDI-User Manual, c) CIDI-Training Manual, d) CIDI-Computer Programs*. Geneva: World Health Organization.
- Wollburg, E. & Braukhaus, C. (2010). Goal setting in psychotherapy. The relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy research journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(4), 488-494.

Angaben zu den Autorinnen und dem Autor

Merle Kuhlencord, M. Sc. Psychologie, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Psychotherapeutin in Ausbildung, Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Therapie- und Beratungszentrum,

Kontakt: merle.kuhlencord@uni-goettingen.de

Telefon: +49 551 399262

Korrespondenzadresse:

Georg-August-Universität Göttingen

Goßlerstraße 14

37073 Göttingen

Deutschland

Inga Bethan, B. Sc. Psychologie, Masterstudentin, Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie

Kontakt: inga.bethan@stud.uni-goettingen.de

York Hagmayer, Prof. Dr. Dipl. Psych., Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Kognitionswissenschaft und Entscheidungspsychologie

Kontakt: york.hagmayer@bio.uni-goettingen.de

Telefon: 0551/39-8293 und Psychotherapeutin in Ausbildung

Korrespondenzadresse:

Georg-August-Universität Göttingen

Goßlerstraße 14

37073 Göttingen

Deutschland

Zitationsempfehlung

Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018). Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 6(2), S. 26-46. Zugriff am 15.11.2018. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>